FMRP-USP

TESTE DE PROGRESSO INTERINSTITUCIONAL

OUTUBRO/2013

Nome do Aluno	Número

COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno de prova contém um total de 120 questões, numeradas de 1 a 120.
- Caso contrário solicite ao fiscal da sala um outro caderno completo.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta correta.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher uma resposta.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE:

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS fazendo um traço bem forte no quadrinho que aparece abaixo dessa letra.

ATENÇÃO

- Marque as respostas com **caneta esferográfica de tinta azul ou preta**.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos.
- Você terá **4h (quatro horas)** para responder a todas as questões e preencher a Folha de Respostas.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

edudata

1. D - Átrio e ventrículo esquerdos recebem irrigação da artéria circunflexa. O septo interventricular e o ápice do coração recebem irrigação da artéria interventricular anterior. O lado direito do coração é irrigado pela coronária direita.
- Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. Gray's Anatomy for students. 2nd edition. Churchill Livingstone, Elsevier, Philadelphia, 2005.

2. C - É do segmento mastoideo que surge um importante ramo do nervo facial, o nervo corda do tímpano que recebe as fibras gustativas dos 2/3 anteriores da língua. A corda do tímpano também conduz fibras secretomotoras para as glândulas salivares submandibulares e sublinguais. A lesão do nervo facial acima da origem do nervo corda do tímpano, e distal ao gânglio geniculado, terá como manifestação, além da paralisia de todos os músculos da expressão facial, perda da função gustativa nos dois terços anteriores da língua e secreção salivar deficiente.
- Machado A. Neuroanatomia funcional. São Paulo. Ed. Atheneu. cap. 21,p. 209 – 10, 2007.
- Afifi A & Bergman RA. Neuroanatomia funcional: texto e atlas. São Paulo. Ed. Roca. cap. 7, p.121 – 24, 2008.
- Moore KL, Dalley AF & Agur AMR. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. cap. 9, p.1055 – 57, 2012.

3. A - Somente gêmeos monozigóticos (gêmeos idênticos) podem apresentar um saco amniótico comum. Para isso, a formação dos gêmeos ocorre na segunda semana de desenvolvimento, na fase de disco embrionário bilaminar que já possui um saco amniótico diferenciado. Normalmente, a formação de gêmeos monozigóticos ocorre na primeira semana do desenvolvimento, na fase de blastocisto, ou seja, por um processo de separação da massa celular interna (embrioblasto) que posteriormente formará sacos amnióticos independentes. Os gêmeos dizigóticos nunca estarão contidos no mesmo saco amniótico, pois advém de zigotos diferentes que originarão placentas e anexos separadamente.
- Moore KL. & Persaud TVN. Embriologia Clínica, 8ª ed., Elsevier, Rio de Janeiro, 2008.
- Sadler TW. Langman Embriologia Médica, 9ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

4. B - Os microfilamentos de actina intervêm na citocinese. As citocalasinas se combinam com as moléculas de actina e impedem a polimerização dessas moléculas para formar filamentos. As demais alternativas estão incorretas porque as células passam pela metáfase, anáfase e telófase, mas não sofrem a citocinese.
- Junqueira LC & Carneiro J. Bases Moleculares do Citoesqueleto e dos Movimentos Celulares – página 122. Biologia Celular e Molecular. 8ª. Edição. Editora Guanabara Koogan, 2005.
- De Robertis E & Hib J. O citoesqueleto – página 86. De Robertis – Bases da Biologia Celular e Molecular. 4ª. Edição. Editora Guanabara Koogan, 2006.

5. D - Uma vez que o ponto de quebra está oculto num íntron do gene e que toda a sequência gênica está completa, cada éxon pode ser detectado por PCR e ter a sua sequência determinada corretamente, não diferindo da de indivíduos normais. Por outro lado, a inversão é muito pequena para ser detectada por técnicas de citogenética (FISH, cariótipo). A transferência de Southern pode ser utilizada para se verificar o tamanho de um fragmento de DNA que abranja a região usual deste ponto de quebra. Se a inversão estiver presente, o fragmento terá um tamanho anormal.
- Reed A & Donnai D. Genética Clínica: uma nova abordagem. Artmed, Porto Alegre, 2008.

6. C - O enfraquecimento do colágeno dos vasos sanguíneos e dos ligamentos dentários causa hemorragias freqüentes e queda dos dentes, sintomas característicos do escorbuto, doença causada pela carência de vitamina C, co-fator indispensável para a síntese do colágeno.
- Junqueira LC & Carneiro J. Biologia Celular e Molecular - Biologia da Interação Célula-Matriz Extracelular. 8 ed. Guanabara Koogan, 2005, pag. 229-238**.**

7. D - Pelo fato do código genético ser degenerado, muitas substituições de bases na molécula do DNA (mutações) não resultam na troca do aminoácido codificado por uma determinada trinca, não alterando o produto proteico. Desta forma, as mutações são ditas silenciosas, pois não determinam mudanças no fenótipo.
- Nussbaum RL, McInnes RR, Willard HF. Thompson & Thompson. Genética Médica, 7a. Ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.

8. A - Trata-se, evidentemente, de um caso de acidose, tendo em vista o pH do plasma abaixo dos limites normais. É uma acidose metabólica considerando-se o excesso de base negativo (déficit de base). A pCO_2 diminuída indica uma parcial compensação por hiperventilação, como fica evidente pela história do paciente. É um caso de diabetes mellitus, como sugere o alto nível de glicose no plasma.
- Devlin TM. Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations. 7th Edition, 2010.

9. B - A falta de O_2 ocasiona uma diminuição da atividade da bomba de prótons e a síntese de ATP diminui. A cadeia transportadora de elétrons, o ciclo do ácido cítrico e a conversão de glicose a CO_2 também diminuem. O NADH diminui a velocidade das reações do ciclo do ácido cítrico, enquanto o ADP ativa alostéricamente a enzima isocitrato desidrogenase (IDH), estimulando o ciclo.
- Devlin TM. Manual de Bioquímica com Correlações Clínicas. Ed. Edgard Blucher ltda. 2000.
- Champe PC, Harvey RA & Ferrier DR. Bioquimica Ilustrada. Ed. Artmed, 4ª edição, 2010.

10. D - O bloqueio da fusão das vesículas colinérgicas à membrana pré-sinaptica leva a uma menor liberação de acetilcolina na fenda e menor ligação aos receptores da membrana pós sináptica. Como consequência tem-se um potencial de placa de menor amplitude, devido à abertura de um número reduzido de canais colinérgicos, que poderá não ser suficiente para atingir-se o limiar de disparo do potencial de ação muscular e desencadear sua contração.
- Aires MM. Fisiologia, 4ª edição, Guanabara Koogan, 2012
- Berne, Levy, Koeppen & Staton. Fisiologia. Elsevier, tradução da 5ª edição americana, 2004.

11. C - A questão realiza uma avaliação dos conhecimentos fisiológicos acerca dos padrões distintos da insuficiência cardíaca direita e esquerda bem como relaciona com o diagnóstico do paciente em situação clínica frequente nos serviços médicos. Falhando o ventrículo esquerdo, o território que congestiona é o pulmonar. Isso explica a falta de ar, que de início surge aos grandes esforços, depois aos médios, terminando pela falta de ar mesmo em repouso. Com a piora surge a ortopnéia, a falta de ar quando deitado. A pessoa pode acordar durante a noite devido a falta de ar o que a obriga a sentar para obter algum alívio. É a dispnéia paroxística noturna. Isso pode evoluir ainda para um quadro ainda mais grave de descompensação esquerda denominado de edema agudo de pulmão, grave, e que termina em morte se não tratado de urgência. Falhando o ventrículo direito surge o edema, ou o inchaço, principalmente das pernas e do fígado, além de outros órgãos, tudo provocado pelo acúmulo de líquidos nesses órgãos. As principais causas da insuficiência cardíaca são devido a: alteração da contractilidade do coração (ateroesclerose, Chagas), condições que exigem um esforço maior do músculo cardíaco (hipertensão arterial, estenose ou insuficiência da válvula aórtica), doenças que aumentam o metabolismo geral do organismo (hipertireoidismo, anemias), acontecimento súbito e catastrófico de grande risco (infarto do miocárdio ou arritmia severa do coração).

- Córdova A. Fisiologia dinâmica. 1ª. Ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

---

12. A - O quadro clínico e dados laboratoriais de hiponatremia e hiperpotassemia são compatíveis com insuficiência adrenal primária, que se caracteriza pelo aumento da atividade de renina plasmática e aumento de ACTH plasmático e redução de cortisol plasmático. A falta das ações da aldosterona leva à menor absorção renal de sódio e menor excreção renal de potássio. A aldosterona estimula diretamente a secreção de H^+, pelas células intercalares alfa do túbulo coletor.

- Ayres MM. Fisiologia. 4ª edição. Guanabara Koogan, 2012.

---

13. D - Após serem ativados pelo contato com antígeno, os linfócitos B secretam primeiramente anticorpos da classe IgM. Porém, o processamento de antígenos proteicos virais possibilita a interação das células B (apresentadora de antígeno) e T. Tal interação e as citocinas secretadas por células T promovem a troca de isotipo, levando à secreção de IgG. Dessa forma, a detecção de altos títulos de IgM denota uma infecção recente e a presença de titulos de IgG, embora não tão elevados, sugere que a infecção seja ativa.

- Abbas A, Lichtman A & Pillai S Imunologia Celular e Molecular. Editora Elsevier – 6ª edição, 2008.

---

14. C - Os vermes adultos têm como habitat os vasos do plexo hemorroidário. Os ovos ovipostos migram pela mucosa até chegarem à luz intestinal, quando são expulsos para o meio exterior juntamente com as fezes. Nesse trajeto alguns ovos podem ficar retidos.

- Coura JR. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.76, p.931-946.

- Amato Neto V et al. Parasitologia uma abordagem clínica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Cap. 23, p. 175-184.

15. B - *Staphylococcus aureus* coloniza a pele e a mucosa da nasofaringe de um terço de todas as pessoas. A maioria das infecções fica confinada à pele, mas as feridas abertas e incisões cirúrgicas podem permitir que a bactéria obtenha acesso aos órgãos internos ou a corrente sanguínea, conduzindo a sepsis. O percentual de infecções hospitalares por essas bactérias aumenta de acordo com fatores de risco apresentados pelo paciente e com a exposição a novas cepas bacterianas resistentes aos antimicrobianos. Cerca de 30% a 100% das amostras de *S. aureus* isoladas de pacientes hospitalizados no Brasil são refratárias à oxacilina. Sepse hospitalar por MSRA gira ao redor de 73%, com índice de mortalidade de 56%, independente da doença original do paciente. O mecanismo implicado na resistência a oxacilina é primariamente mediado pela expressão do gene *mec*A que quando exposto a oxacilina codifica a superprodução da proteína PBP2a, uma proteína ligante de penicilina, que embora capaz de realizar o "cross link" entre as moléculas de peptideoglicano, tem afinidade de ligação extremamente baixa a muitos antibióticos beta-lactâmicos. O gene *mec*A está localizado no cromossomo, em uma ilha genômica chamada *SCCmec* (Staphylococcal Cassete Cromossomal *mec*). Devido a este mecanismo de resistência, as cepas ORSA são resistentes não só à penicilina, mas a todos os antibióticos beta-lactâmicos como: penicilinas G e V, ampicilina (com ou sem inibidor de beta-lactamases como sulbactam), amoxacilina (com ou sem inibidores de beta-lactamases como clavulanato), carbenicilina, ticarcilina, piperacilina, cefalosporinas (1ª a 4ª geração), carbapenêmicos (imipenem, meropenem e ertapenem) e monobactâmicos (aztreonam - droga sem atividade contra Gram positivos). A associação de penicilinas com inibidores de penicilinases como sulbactam e clavulanato só têm atividade para os estafilococos oxacilina-sensíveis.

- Murray PR, Rosenthal KS & Pfaller MA. Microbiologia Médica. 6ª Ed. Elsevier Editora Ltda, Rio de Janeiro, 2009.

- Ratti RP & Sousa CP. *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (MRSA) e infecções nosocomiais. Ver,Ciewnc.Fram.Basica Apl. 30(2):137-43, 2009.

---

16. A - Avaliação dos diferentes tipos de medicamentos antivirais e daqueles que tem uso específico para determinados vírus. Na resposta correta está colocado o uso de um medicamento indicado para o vírus Influenza, que tem em sua estrutura, mais especificamente o envelope viral, a proteína Neuraminidase. A ação desse fármaco ao impedir a ação da neuraminidase faz com que a hemaglutinina (proteína também presente no envelope dos vírus Influenza), ligue-se ao ácido siálico de outras partículas virais, formando um aglomerado e impedindo a liberação viral.

- Trabulsi LR & Alterthum F. Microbiologia. 5ª Ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2008.

- Murray PR, Rosenthal KS & Pfaller MA. Microbiologia Médica. 6ª Ed. Elsevier Editora Ltda, Rio de Janeiro, 2009.

---

17. A - A questão pretende avaliar o conhecimento no processo de cicatrização. Na fase proliferativa há predomínio da síntese do colágeno e angiogenese. O colágeno tipo III não é o mais frequente na pele e não ocorre substituição do colágeno de tipo I pelo III. O edema é um dos fatores que prejudica a cicatrização.

- Robbins & Cotran - Patologia - 8º Edição, Editora Elservier, Rio de Janeiro, 2010.

---

18. C - A droga C é que possui menor afinidade por receptores histamínicos (H1), cujo bloqueio é responsável pelos efeitos sedativos destas drogas. Além disso, por ter alta afinidade pelo receptor D2, necessitará de doses menores para atingir o efeito terapêutico.

- Goodman & Gilman. The Therapeutical Basis of Pharmacology, 11ª ed, 2006.

19. A - Sabe-se que as plaquetas produzem quase exclusivamente tromboxano A_2 por mecanismos que envolvem preferencialmente cicloxigenase-1 (COX-1). Plaquetas praticamente não expressam COX-2. Por outro lado, o endotélio vascular produz tanto prostaciclina quanto tromboxano A_2. Além disso, estudos sugerem que a produção endotelial de prostaciclina, em grande parte, depende da COX-2. Assim, ao inibir seletivamente a COX-2, estes anti-inflamatórios acabam por promover um desbalanço entre agregação/antiagregação plaquetária porque inibem a síntese de prostaciclina (vasodilatador e antiagregante plaquetário) sem modificar significativamente a síntese de tromboxano A_2 (vasoconstritor e pró-agregante plaquetário).

- Goodman & Gilman. The Therapeutical Basis of Pharmacology, 11ª ed, 2006.

- Batlouni M. Anti-inflamatórios não-esteroidais: efeitos cardiovasculares, cérebro-vasculares e renais. Arq. Bras. Cardiol., v.94(4), p.556-563, 2010.

---

20. C - O médico deve respeitar a decisão da paciente mesmo que isso implique em risco para a sua saúde e até mesmo para sua vida. O médico só poderá atuar a revelia da vontade do paciente caso este esteja em risco iminente de morte. "Código de Ética Médica. Capitulo V – Relação com pacientes e familiares - [É vedado ao médico] Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte". No caso em discussão, a recusa em receber o tratamento endovenoso certamente trará riscos à paciente, mas não risco iminente de morte, única situação que autorizaria o tratamento sem o consentimento da paciente maior e capaz. Porém, é importante que os riscos sejam informados e que a paciente faça uma escolha esclarecida. A prescrição de antibióticos via oral não se justifica, uma vez que há antibiograma indicando germe sensível apenas a um antibiótico (neste caso exclusivamente endovenoso).

- CREMESP. Código de Ética Médica, 2009.

---

21. D - Na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, 2005, o artigo 8 enuncia a obrigatoriedade do respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal. Esse artigo afirma que a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração, o que corresponde a reconhecê-la como traço indelével da condição humana, na sua irredutível finitude e fragilidade como exposição permanente a ser ferida, não podendo jamais ser suprimida. Acrescenta que indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontra agravada por circunstâncias várias, devendo aqueles ser adequadamente protegidos. A vulnerabilidade elevada à condição de princípio visa a garantir o respeito à dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se mostram insuficientes. Quanto maior a vulnerabilidade do ser humano, maior deve ser a proteção. Nas pessoas vulneráveis ante a consciência e a liberdade diminuídas, a proteção deve ser garantida por meio de mecanismos efetivos. O sentido profundo do ser humano é o acolhimento, como forma de superação da vulnerabilidade.

- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Portugal: Comissão Nacional da Unesco; 2005.

- Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria Executiva - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em Saúde. Brasília − DF, 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf

- Porto D, Garrafa V, Martins GZ & Barbosa SN. Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois. Conselho Federal de Medicina, Catedra da Unesco de Bioética/UnB e SBB. Brasília 2012. 396 p.

22. A - O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: a) ação interdisciplinar e intersetorial, b) educação permanente em saúde dos profissionais e da população, c) desenvolvimento da noção de território, d) integralidade, participação social, educação popular, e) promoção da saúde e humanização. Não é o responsável pela gestão do cuidado e do território, a qual é responsabilidade da equipe de referência.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

---

23. B - A alternativa correta engloba abrangência e também coerência com o fenômeno do envelhecimento populacional, que tem se dado de forma bastante rápida no país. As demais alternativas são incorretas por que: 1) limita as ações somente para a imunização, desconsiderando outras demandas desta clientela e, por outro, o incentivo à natalidade, que não traria qualquer solução a esta questão, sendo que o gráfico não apresenta informações a cerca da mesma, 2) aborda apenas a rede hospitalar e institucional, desconsiderando outras abordagens necessárias a políticas e programas de saúde voltadas à população idosa, 3) simplesmente guarda uma proposta de desconsideração do problema, afirmando incorretamente que este será um problema futuro, quando já o é.

- Minayo MCS, Campos GWS & Akerman, M. Tratado de Saúde Coletiva. 4ª. Ed., Hucitec Editora, 2009.

24. A - A prevenção primária visa evitar ou remover fatores de risco ou causas antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença. Recorre a meios dirigidos ao nível individual, a grupos selecionados ou à população em geral. Como exemplos: imunização (vacinação) contra algumas doenças infecto-contagiosas, uso de vitamina D pelas crianças para prevenir o raquitismo, uso de preservativos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A prevenção secundária corresponde à detecção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos. Pretende-se, ainda, que haja uma aplicação imediata de medidas apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde ou, pelo menos, um condicionamento favorável da evolução da situação, com cura e/ou redução das consequências mais importantes da doença. Como exemplos: rastreio de câncer do colo do útero, da mama, da próstata, do cólon e reto, rastreio da fenilcetonúria no recém-nascido, realização dos testes de avaliação de acuidade auditiva e visual no âmbito da saúde ocupacional. A prevenção terciária refere-se àquelas atividades clínicas que previnem deterioração adicional ou reduzem as complicações depois que uma doença já esteja instalada. Tem como objetivos: 1) limitar a progressão da doença, circunscrevendo-a, 2) evitar ou diminuir as consequências ou complicações da doença como as insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce, 3) promover a adaptação do doente às consequências inevitáveis (situações incuráveis), e 4) prevenir recorrências da doença, ou seja, controlá-la e estabilizá-la. Para atingir estes objetivos, é frequente (e necessária) a intervenção associada da medicina preventiva e da medicina curativa. Este é o nível de prevenção a que se refere a questão. A prevenção quaternária assenta num conjunto de evidências e argumentos de contexto muito atual e premente. É sabido que a população − concretamente dos países mais desenvolvidos − se encontra em progressivo envelhecimento, e que tal fato determina o aumento de doenças crônico-degenerativas, doenças oncológicas, com necessidade de cuidados assistenciais de toda a ordem, designadamente continuados e paliativos. Nesse sentido, a alteração da estrutura familiar e da dinâmica social também contribuem para a institucionalização dos idosos, internamentos mais prolongados (até em fase terminal), decorrendo também uma maior solicitação de assistência.

- Fletcher RH, Fletcher SW & Wagner EH. Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais. Willians & Wilkins, 1996; 3ª edição:174-194.

- http://www.saudepublica.web.pt/NiveisPrevenção

---

25. D - A definição de causa básica do óbito é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. Nesse sentido, o caso em questão fornece dados que possibilitam identificar essa cadeia de eventos. A 10ª classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) prevê a diferenciação entre infecção assintomática pelo vírus HIV e da doença pelo HIV-AIDS quando há elementos suficientes para diagnóstico da doença. Nesse sentido a causa básica informada deve ser a AIDS, que explica a cadeia de eventos que conduziu a morte.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos

26. C - O indicador Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (AVPAI ou DALY) está referenciado no conceito de carga de doença e mede simultaneamente, o efeito da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Propicia a identificação de prioridades em função do perfil epidemiológico, facilitando a tomada de decisões e destinação adequada de recursos por parte dos gestores. Mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura (YLL –Years of Life Lost – Anos de vida perdidos por morte prematura) ou incapacidade (YLD – Years Lived with Disability – Anos de vida vividos com incapacidade) em relação a uma esperança de vida ideal.

Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, 9 (4). Rio de Janeiro, 2004

Murray CJL & Lopez AD. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.

---

27. D - O gráfico que utiliza a mortalidade proporcional por grupo de idade é conhecido como Curva de Nelson Moraes. A tendência da mortalidade no município mostrado, como no resto do país, nos últimos anos tem sido de queda na mortalidade infantil e prolongamento da vida média. Isso é visualizado no rebaixamento da ponta esquerda do J (jota) e do alongamento de sua haste entre os anos de l980 e 2000. A curva de Nelson de Moraes do tipo IV representa um nível de saúde elevado, com a maioria da mortalidade estando nas faixas etárias mais elevadas.

- Medronho RA et al. Epidemiologia. 2ª Edição, Atheneu, 2008.

---

28. A - Nesta questão é importante: 1) conhecer o CMI, que continua sendo um relevante indicador de saúde, 2) diferenciar o CMI do coeficiente de mortalidade proporcional, 3) saber que a proporção de mortes neonatais é indicador, em geral, de desenvolvimento social, pois resulta da redução dos óbitos pós-neonatais.

Coeficiente	Formula	Valor do município
Mortalidade Infantil	óbitos de < 1 ano x 1000 Nascidos Vivos	10,5
Mortalidade Neonatal	óbitos de < 28 dias x 1000 Nascidos Vivos	7,5
Mortalidade Pós-Neonatal	óbitos de 28 a 364 dias x 1000 Nascidos Vivos	2,95
Mortalidade Proporcional	óbitos de < 1 ano x 100 Total de óbitos	2,4%

- Medronho RA et al. Epidemiologia. 2ª Edição, Atheneu, 2008.

---

29. B - A vigilância sanitária constitui-se em um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde.

- ANVISA, IDEC. Vigilância Sanitária – Alimentos, medicamentos, produtos e serviços de interesse à saúde: guia didático, 2007.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/288865804745965e9e2ade3fbc4c6735/guia_didatico.pdf?MOD=AJPERES

30. C - O que se propõe nesta questão é analisar se o aumento dos casos configura situação anormal. Para que isto se verifique há necessidade de construção do diagrama de controle, instrumento imprescindível para esta análise. Organizar campanha de vacinação está incorreta, pois antecipa uma medida de controle que caberia apenas numa situação epidêmica, ainda não demonstrada. É incorreto propor o simples acompanhamento, pressupondo variação sazonal, de impossível constatação sem o diagrama de controle. Intensificar a estratégia de busca ativa de casos novos para realizar o bloqueio é plausível na situação proposta, porém não correta quanto à prioridade solicitada no enunciado.

- Minayo MCS, Campos GWS & Akerman M. Tratado de Saúde Coletiva. 4ª. Ed., Hucitec Editora, 2009.

---

31. B - O tipo de estudo realizado foi coorte. As mulheres selecionadas forma agrupadas em expostas e não expostas ao hábito de fumar, sendo seguidas até o parto e analisado o desfecho que foi a ocorrência de admissões hospitalares por bronquite e pneumonia dos filhos dessas mães. Para análise são empregadas as medidas de associação: RR (risco relativo) e RA (risco atribuível).

- Rouquayrol MZ & Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, 6ª ed.

---

32. D - Testes altamente sensíveis são os que detectam todos os doentes. Testes altamente específicos são aqueles que identificam somente os que têm a doença em investigação. Testes sensíveis, portanto, têm poucos falsos-negativos e testes específicos, poucos falsos-positivos. Na ausência de dados clínicos, a probabilidade pré-teste é a própria prevalência da doença estimada no serviço.

- Schmidt MI & Duncan BB. Bases Clínico Epidemiológicas das Condutas Clínicas. In: Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 3ª Ed., 2004.

---

33. A - Aplicar soro e vacina antirrábica e reforço da vacinação antitetânica é a conduta indicada para acidentes graves, no caso lesão em mão, provocados por animais domésticos de interesse econômico ou de produção.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

---

34. B - Segundo a Norma Técnica nº10 DEVEP/SVS/MS, 12 de março de 2010, a vacina BCG-ID é preconizada para os contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase independentemente da forma clínica do doente. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva a partir da avaliação da cicatriz ou da história vacinal conforme recomendações específicas. A vacina BCG-ID protege contra tuberculose e hanseníase, por estímulo imunológico cruzado (gênero *Mycobacterium*). Testes realizados demonstraram que a vacina tem eficácia e efetividade análogas para tuberculose e hanseníase. O Brasil é um país onde a doença continua fazendo muitas vítimas todos os anos, sendo o único país da América Latina onde a Hanseníase ainda não foi eliminada.

- Nota Técnica Nº 10 DEVEP/SVS/MS, 12 de março de 2010 – Assunto: Atualização da indicação da vacina BCG-ID disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_10_bcg_indios_05_2010.pdf

35. D - As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas, são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física. Além disso, são ainda considerados determinantes sociais para essas doenças as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, renda e as desigualdades no acesso à informação.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: MS, 2011.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdff

---

36. B - O calendário oficial de vacinação da gestante preconiza a atualização da imunização contra o tétano e difteria. Qualquer outra vacina deve ser indicada conforme a situação de risco, como no caso da antirrábica. As vacinas de vírus vivos atenuados (como a tríplice viral - sarampo, rubéola e caxumba) devem ser evitadas.

- Brasil. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. Manual de Normas de Vacinação. 3ª ed., 2001, 72p. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_normas_vac.pdf

37. A - O Ministério da Saúde considera “tratamento inadequado para sífilis materna”, dentre outros, a ausência de documentação de tratamento anterior. Portanto, como o estágio da doença é desconhecido (duração ignorada), a recomendação é tratar a gestante com penicilina benzatina na dose de 7,2 milhões UI, e solicitar controle de cura mensal até o parto. Tratar sempre o parceiro. O diagnóstico da sífilis é baseado na avaliação clínica, na identificação do agente etiológico (pesquisa direta do T. pallidum no exsudato seroso das lesões, na fase primária da doença) e nos testes sorológicos. O recurso diagnóstico mais frequentemente utilizado é o teste sorológico, visto que, o paciente na maioria das vezes, quando procura o serviço de saúde, já não mais se encontra na fase inicial da doença, que se caracteriza pelo surgimento da úlcera ou cancro. Dois grupos de testes sorológicos são utilizados: 1) Testes antigênicos não treponêmicos ou testes lipoídicos: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e 2) Testes treponêmicos ou pesquisa de anticorpos verdadeiros: FTA-ABS (Fluorescent Treponema Antigen Absorvent), MHA-TP (Micro hemo-aglutinação para Treponema pallidum), EIA / ELISA (Enzimaimunoensaio para anticorpo anti-Treponema) e PCR (Polimerase Chain Reaction). Os testes não treponêmicos ou lipoídicos (VDRL), utilizam reações tendo por base a cardiolipina (lípide derivado do coração de bovinos), na qual detectam-se anticorpos denominados reaginas. Devido ao baixo custo e praticidade quanto à sua realização, vem sendo usado em larga escala na maioria dos laboratórios de unidades de atenção primária de saúde. Trata-se de uma técnica rápida de microfloculação. A cardiolipina quando combinada com lecitina e colesterol, forma sorologicamente um antígeno ativo, capaz de detectar anticorpos humorais presentes no soro durante a infecção sifilítica, uma a quatro semanas após o aparecimento do cancro primário. As dosagens quantitativas do VDRL, expressas em títulos, em geral se elevam até o estágio secundário. A partir do primeiro ano da doença, os títulos tendem a diminuir, podendo a reatividade desaparecer mesmo sem tratamento. Com a infecção corretamente tratada, o VDRL tende a negativar-se entre 9-12 meses, embora a reatividade em baixos títulos (≤ 1:8) possa perdurar por vários anos ou até por toda a vida. Esta reatividade residual denomina-se “memória” sorológica. Desta maneira, títulos baixos podem significar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não.

- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 2009.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_sifilis_em_gestantes.pdf

---

38. A - O quadro é típico de intoxicação crônica por chumbo que leva a um importante quadro de anemia, devido à interferência do chumbo na formação do heme. A ação se dá fundamentalmente reduzindo a atividade de várias enzimas que entram na cadeia de formação do heme, inclusive sobre a ALA deidratase que atua na reação entre moléculas de ácido delta aminolevulínico formando o protoporfobilinogênio.

- Brasil. Ministério da Saúde – Doenças relacionadas ao trabalho, Manual de Procedimentos para os Serviços da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos n 114. Brasília, 2001.580 p

39. A - O medicamento 1 tem a mesma eficácia que o Medicamento 2, mas apresenta menos eventos adversos e custo menor. O medicamento 1 tem a mesma eficácia que o Medicamento 4 que não tem efeito adverso, é mais barato, porém deve ser administrado por via IM a cada 12 horas o que diminui a aderência ao tratamento. O medicamento 3 tem pouca eficácia em relação aos outros. Desta forma deve ser eleito como primeira opção de tratamento o medicamento 1.

- Organização Mundial de Saúde. Departamento de Medicamentos Essenciais e Políticas de Medicamentos. Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica. Genebra, Suíça, 2001.

http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19180pt/s19180pt.pdf

- Organização Mundial de Saúde. Guia Para a Boa Prescrição Médica. Artmed, 1998.

---

40. C - A perícia médica na esfera criminal é feita, por força de lei, por perito oficial. Entretanto, na sua falta, a autoridade policial ou judiciária poderá nomear um perito *ad hoc*, e este não poderá declinar da nomeação, exceto em condições de impedimento ou suspeição. Assim, o médico deverá: 1) fazer o exame necroscópico que, neste caso, resumir-se-á ao exame externo e descrição das lesões; 2) elaborar o laudo pericial; 3) assinar a Declaração de Óbito.

- Código de Processo Penal.

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior. § 1º Na falta de perito oficial, o exame será realizado por 2 (duas) pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame.

Art. 277 – O perito nomeado pela autoridade será obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa de cem a quinhentos mil reais, salvo escusa atendível.

- França GV. Medicina Legal. Ed. Guanabara-Koogan., 9ª Edição, 2011.

---

41. D - Os sopros sistólicos de ejeção tipo crescendo e decrescendo são característicos das estenoses das valvas semilunares, aórtica e pulmonar. O sopro da EA é tipicamente um sopro mesossistólico de ejeção do tipo crescendo-decrescendo (diamante) e irradia-se para as carótidas. O sopro interrompe-se antes da segunda bulha (B2), o que ajuda a diferenciá-o do sopro holossistólico da insuficiência mitral (que engloba B2). O sopro é melhor audível no foco aórtico. O sopro da EA aumenta com as manobras que aumentam o volume sistólico (agachamento) e diminui de intensidade em condições que cursam com redução do fluxo transvalvar (Valsalva e posição ereta). O agachamento aumenta o retorno venoso e, portanto, o volume sistólico. Valsava e posição ereta diminuem o fluxo sanguíneo nas câmaras cardíacas.

- Porto CC. Semiologia Médica - Sistema Cardiovascular, 5ª Ed. Guanabara Koogan, 2005.

42. C - Paciente apresenta quadro clínico e eletrocardiográfico compatível com infarto agudo do miocárdio. A presença de supra desnivelamento em DII, DIII e AVF e infra em V1-V2 é diagnóstica de acometimento de parede ínfero dorsal. O paciente evoluiu muito rapidamente com choque cardiogênico e edema agudo de pulmão com sopro bem audível em foco mitral. Pela precocidade, quadro clínico e parede acometida é obrigatório hipótese diagnóstica de insuficiência mitral aguda por isquemia/ruptura de músculo papilar posteromedial já que o mesmo recebe irrigação única pela coronária direita ou circunflexa responsáveis pelos infartos de parede ínfero-dorsal.

- Zipes MDP, Libby P, Bonow RO & Braunwald E. Braunwald's Heart Disease. A textbook of cardiovascular medicine. 7th Edition, Elsevier Saunders, 2005.

---

43. D - Este paciente é portador de insuficiência cardíaca, com sinais de congestão pulmonar e periférica, indicando que está com retenção anormal de sódio e água. Neste contexto, a quantidade de sódio corporal está maior do que o normal. A hiponatremia deste indivíduo se deve à produção excessiva de vasopressina, a qual reabsorve apenas água, sem reabsorver sódio. Vale ressaltar que a presença de hiponatremia neste indivíduo é um marcador de pior prognóstico. A hiperativação do sistema renina-angiotensina deve estar contribuindo para aumentar a quantidade corporal de sódio, mas não explica a hiponatremia, visto que ele promove retenção de sódio e água.

- Goldman L & Bennett C. Cecil: Tratado de medicina interna. 21ª Edição. Guanabara Koogan, 2001.

- Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL & Braunwald E. Harrison – Medicina Interna. 16ª Edição. McGraw Hill, 2006.

---

44. D - Trata-se de um caso de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em paciente jovem, sendo sempre indicada investigação mais detalhada para hipertensão secundária. O retorno em 6 meses implica em longo tempo sem investigação para HA secundária. O paciente não apresenta lesões de órgãos-alvo (fundo de olho normal, avaliação de função renal normal e ECG normal) e tem baixo risco cardiovascular, sendo inadequado iniciar com tratamento medicamentoso.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol; 95 (1 supl.1): 1-51, 2010.

---

45. A - A Síndrome Nefrítica Aguda cursa com hipertensão, hematúria e edema de início abrupto. A paciente está normoalbuminêmica, portanto o diagnóstico de síndrome nefrótica não pode ser feito. Glomerulonefrite difusa aguda não corresponde a um quadro clínico laboratorial e sim a um quadro anatômico, além disso, o quadro pós-infeccioso não consome C_4. No caso não há evidência de perda rápida da função de filtração. A TFG dessa paciente é > 90 mL/min/1,73m^2 .

- Barros RT, Alves MAR et al. Glomerulopatias. São Paulo. Editora Sarvier, 2012.

46. C - O pênfigo foliáceo é uma doença bolhosa autoimune caracterizada pelo surgimento de bolhas flácidas que rapidamente se exulceram, deixando escamo crostas, na face, couro cabeludo e tronco alto, sem acometer as mucosas. Encontra-se depósito de IgG intercelular na camada de Malpighi. O sinal de Nikolski é positivo, evidenciando a presença de acantólise. O pênfigo vulgar é mais extenso, com lesões mucosas, sendo a clivagem suprabasal na camada de Malpighi. A dermatose por IgA linear é uma doença bolhosa subepidérmica, com depósito de IgA linear na junção dermoepidérmica, acomete crianças, embora haja uma forma menos comum no adulto, mais vista nos membros e tronco.

- Sampaio & Rivitti. Dermatologia Básica. 3ª Edição, Artes Médicas, 20011.

---

47. B - Quando a destruição de hemácias nos vasos sanguíneos se dá em quantidades anormais e a medula óssea não é capaz de compensar essa perda, há o desenvolvimento da chamada Anemia Hemolítica. Se a destruição das hemácias é mediada por auto-anticorpos fixados a antígenos da membrana eritrocitária, têm-se as Anemias Hemolíticas Auto-Imunes. Essa fixação imune desencadeia uma série de reações em cascata (resposta imune humoral) que termina na lise dessas células (hemólise intravascular) e fagocitose pelo sistema macrofagocítico (hemólise extravascular). O teste de antiglobulina direta positivo da paciente indica que há IgG e/ou complemento (C3) sobre a superfície da hemácia. Essa anemia hemolítica auto-imune é mediada por anticorpos que não têm a capacidade de ativar a via clássica do complemento, resultando em quadro predominante de hemólise extravascular. O resultado é a formação de esferócitos. A sensibilização da hemácia por IgG induz a fagocitose parcial no baço. A hemácia perde sua forma discóide e assume uma forma esférica. A medula óssea vai dar resposta à perda de hemácias circulantes elevando a produção do setor eritróide, detectado pelo aumento de reticulócitos no sangue periférico. O quadro de anemia se instala quando há descompensação, ou seja, a atividade eritropoética não consegue superar a velocidade de destruição. A hemoglobina derivada das hemácias destruídas é catabolizada pelas células do sistema macrofagocítico, então aumenta a bilirrubina indireta, provocando aumento dos níveis séricos. Esse tipo de anemia é mais frequente nas mulheres do que nos homens. Aproximadamente um terço das pessoas que sofrem deste tipo de anemia tem uma doença subjacente, como um linfoma, uma leucemia ou uma doença do tecido conectivo (especialmente o lúpus eritematoso sistêmico), ou então foram expostas a certos medicamentos, principalmente a metildopa. A microangiopatia trombótica é decorrente do aumento da agregação plaquetária que ocorre na púrpura trombocitopênica trombótica (PTT). Esse trombos na microcirculação fazem com que os eritrócitos circulantes sejam lisados, ocasionando a anemia hemolítica observada nessa patologia, que é acompanhada de trombocitopenia, anormalidades renais, anormalidades neurológicas e febre.

- Bordin JO. Anemias hemolíticas imunes. In: Hematologia: fundamentos e prática. Ed. Zago MA, Falcão RP & Pasquini R. 1a edição, Editora Atheneu, 2001, pp 329-343.

---

48. C - O caso aborda o manejo das intoxicações dicumarínicas, uma das drogas que mais frequentemente leva pacientes a unidades de emergência. De acordo com as diretrizes atuais, a reversão com plasma fresco ou concentrados protrombínicos fica reservada a sangramentos graves, com risco iminente para a vida. Os pacientes assintomáticos, independente do RNI, devem ter a droga interrompida e a reversão realizada com vitamina K. O perfil de risco trombótico deve ser avaliado e considerado. O uso de "ponte" com heparina não está indicado nas intoxicações dicumarínicas.

- Ageno W et al. Oral anticoagulant therapy. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012.

49. D - S1: inerva face lateral da perna e pé, reflexo aquileu. L3: inerva musculatura da coxa. L4: inerva face medial da perna e pé, reflexo patelar, dificuldade para andar em calcanhar. L5: inerva face anterior da perna e pé, dificuldade para estender o hálux contra resistência.

- Goldman L & Bennett C. Cecil: Tratado de medicina interna. 21ª Edição. Guanabara Koogan, 2001.

- Carvalho MAP, Bértolo MB & Lanna CCD. Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. 3ª Edição. Guanabara Koogan, 2008.

---

50. D - Apesar da paciente se encaixar nos critérios de Roma III para diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável, a sua idade (> 50 anos) obriga a um diagnóstico diferencial com neoplasia, portanto é necessário realizar colonoscopia.

- Borges DR & Rotschild H. Atualização Terapêutica. 23ª Edição. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2007, v. 1, p. 373 – 375.

---

51. C - O tratamento de manutenção da asma deve ser orientado através de avaliação do controle da doença, que inclui a análise de vários elementos (sintomas noturnos, diurnos, VEF1, frequência de exacerbações) que geram a classificação da asma em: não controlada, parcialmente controlada ou controlada. Esta classificação orienta o aumento ou diminuição da medicação de manutenção, em etapas, visando atingir o controle da asma. Esse caso representa um quadro frequente de asma parcialmente controlada que exige o conhecimento da hierarquia das etapas do tratamento farmacológico da asma.

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012. J Bras Pneumol., 38, Suplemento 1, p. S1-S46, 2012.

- O'Byrne P, Bateman ED, Bousquet J et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2006.

---

52. B - Trata-se de um adulto jovem obeso, que apresenta quadro de síndrome gripal, que evoluiu com síndrome respiratória aguda grave, com pneumonia. O quadro clínico preenche critérios de gravidade (FC > 90 bpm, FR > 30 ipm, SatO2 < 92%). Os pacientes obesos são considerados de risco para complicações pelo vírus Influenza, sendo que em 20% dos casos estas são infecção bacteriana, que se manifestam na primeira semana após o inicio dos sintomas. Comprometimento pulmonar precoce ou grave pode ser a coinfecção vírus/bactéria, pode haver também comprometimento pulmonar pelo próprio vírus ou uma infecção bacteriana sobreposta, não sendo possível distinguir baseando-se no quadro clínico e radiológico. A conduta inicial deve incluir o antiviral específico o oseltamivir e antibioticoterapia, que segundo os diversos consensos inclui nas pneumonias graves beta-lactâmico e macrolídeo.

- Brasil. Ministério da Saúde - Protocolo de Tratamento de Influenza, 2012.

- Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – J Bras Pneumol. 35(6):574-601, 2009.

---

53. A - É um caso de hipertireoidismo primário, que é causado por hiperfunção da glândula tireóidea, pois apresenta níveis elevados de T4 livre e supressão da produção de TSH pela hipófise. O hipertireoidismo primário pode ser causado por: Ingestão excessiva de iodo, Doença de Graves (bócio difuso tóxico), Tireoidite (inflamação da tireoide devido a infecções virais ou medicamentos) e Nódulos na tireoide.

- Carvalho MB. Tratado de Tireóide e Paratireóides. Editora Rubio, 2007.

54. D - O critério diagnóstico de Diabetis Mellitus (DM) baseia-se entre outros, em glicemia de Jejum >126 mg/dL (na ausência de sinais clínicos evidentes, esta deve ser confirmada com uma segunda dosagem) ou > 200mg/dL associada a presença de sintomas. Uma vez preenchido o critério diagnóstico de DM, a causa mais prevalente na população associada à obesidade é o tipo 2, sendo a terapêutica baseada na mudança de hábitos alimentares, atividade física e introdução de metformina. Os valores pouco elevados de enzimas hepáticas (até 3x do limite superior do normal) não contraindica o uso da metformina.

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes, 2008. Diabetes Care, volume 31 (1), 2008.

---

55. B - É importante saber os critérios de inclusão e exclusão para trombólise no AVC isquêmico (janela terapêutica e os escores NIHSS). O estudante deve saber que a estreptoquinase não é usada para pacientes com AVC aguda e que os níveis tensionais não devem ser reduzidos abruptamente neste contexto clínico.

- Nitrini & Bacheschi. A Neurologia que todo médico deve saber. 2ª edição. Atheneu, 2003.

---

56. A - A situação apresentada aborda fenômenos que devem ser valorizados pelo profissional de saúde considerando a possibilidade de se tratar de um transtorno depressivo grave, sem sintomas psicóticos, em paciente que deixou de usar medicação antidepressiva prescrita. É essencial recorrer à história de vida da paciente, pois, os quadros depressivos são os mais difíceis de serem diagnosticados. Transtorno de Stress pós-traumático não é a melhor resposta pois não há informação suficiente a respeito de acontecimentos ou tragédias que possam ter arrastado a pessoa envolvida na situação a uma reação como a apresentada no texto. A esquizofrenia poderia ser considerada se tivessem sido apresentados elementos sobre a evolução da paciente. Teríamos que considerar os sintomas e sinais revelados como fazendo parte de sintomas negativos, possível em pacientes esquizofrênicos com baixa resposta ao tratamento. Para psicose afetiva também mais informações a respeito de oscilações do humor são requeridas. Portanto a melhor resposta é transtorno depressivo sem sintomas psicóticos, por se tratar de um corte transversal e pelas informações descritas.

- Kaplan & Sadock. Tratado de Psiquiatria. Artmed, 1999.

- Organização Mundial de Saúde – WHO. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos

---

57. C - Quadro de diarréia, tremores, fasciculações musculares, confusão mental e crises convulsivas, associado a evidência de litemia de 2,5 mEq/L, caracterizam diagnóstico de Intoxicação grave por lítio.

- Kaplan HI, Sadock BJ, et al. Compêndio de Psiquiatria, Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas 1997.

---

58. D - Pacientes idosos devem receber doses menores de diazepam ou trocar para um bezodiazepinico com menor meia vida e com metabólicos farmacologicamente inativos. A eliminação pode ser prolongada nos idosos, e conseqüentemente, a concentração plasmática pode demorar a atingir o estado de equilíbrio dinâmico (“steady state”) e levar superdosagem devido ao acúmulo.

- ANVISA – Ministério da Saúde. Nota Técnica – Diazepam. Disponível em:

http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[26553-1-0].PDF)

- Cruz AV, Fulone I, Alcalá M, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., 27 (3): 259-267, 2006.

59. B - Teoricamente, qualquer quimioterápico tem potencial de causar cardiotoxidade. A sintomatologia, exame fisico, RX, ECG e Ecocardiograma são compatíveis com Insuficiência cardíaca. A ausência de turgência jugular, não exclui o diagnóstico.

- Kalil Filho R, Hajjar LA, Bacal F, Hoff PM, Diz M del P, Galas FRBG. I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq.Bras.Cardiol., 2011.

---

60. A - De acordo com a Lei 10.216/2001 há 3 tipos de internação psiquiátrica: voluntária (aquela que se dá com o consentimento do usuário), involuntária (aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e compulsória (aquela determinada pela Justiça). Neste caso, trata-se de internação involuntária, que poderá ser efetivada após avaliação médica que constate sua necessidade, exemplificada aqui pelo risco de heteroagressão. A internação involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual em até 72 horas ou à Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias por ele designada.

- Bioética Clínica – Reflexões e discussões sobre casos selecionados - Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2008

– Lei 10.216/2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

– Portaria Ministério da Saúde 2391/2002 - Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216/2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

---

61. B - No recém-nascido com líquido amniótico meconial que nasce deprimido (apneia ou respiração irregular; FC <100 bpm ou hipotônico), o risco de o RN aspirar o liquido amniótico meconial e desenvolver quadro pulmonar por aspiração de mecônio é grande. Por isso, nessas condições, deve-se primeiro aspirar a traqueia uma única vez, sob visualização direta, antes de iniciar a ventilação. O ato de secar o RN pode funcionar como um estímulo para o RN iniciar a respiração; por isso não deve ser realizado antes de aspirar a traqueia.

- Almeida MFB & Guinsburg R. Reanimação Neonatal em sala de parto. Documento científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: www.sbp.com.br.

---

62. B - Trata-se de uma incompatibilidade ABO em um RN adequado para a idade gestacional (AIG), a termo, em aleitamento materno, com grau pequeno de hemólise (aumento da Bilirrubina indireta em velocidade de aumento < que 0,5 mg/dL/hora). Portanto, está indicada apenas a fototerapia e o controle laboratorial em 6 horas.

- Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 18ª edição. WB Saunders, 2009.

- Marcondes E et al. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 2002, p.61-96.

---

63. A - Sempre que se detectar fissura mamilar deve-se orientar a amamentação em diferentes posições, no sentido de diminuir a pressão no mamilo afetado evitando, assim, a diminuição da ejeção do leite, devida à dor. A complementação com leite artificial não deve ser recomendada, inclusive sendo prejudicial à mãe e ao bebê.

- Bresolin AMB et al. Alimentação da criança. In: Marcondes E et al. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 2002, p.61-96.

64. D - Este é o quadro clínico de uma cardiopatia congênita acianogênica, com hiperfluxo pulmonar e as características do sopro levam ao diagnóstico de CIV. Tetralogia de Fallot e transposição das grandes artérias são cianogênicas. O sopro do ducto arterial é contínuo e em borda esternal esquerda alta. A CIA não se manifesta com insuficiência cardíaca no lactente e não tem este sopro descrito.

- Allen HD, Gutgesell HP, Clark EB, Driscoll DJ. Moss & Adams' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents. Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

---

65. C - *Chlamydia trachomatis* é responsável pela pneumonia afebril do lactente, com idade de 2 a 12 semanas, sem febre, com tosse e dificuldade respiratória. A radiografia do torax é normal ou com padrão retículonodular peri-hilar.

- Rozov T. Doenças Pulmonares em Pediatria. Atheneu, 1999, p 309.

- Marcondes E. Pediatria Básica - Tomo III. Sarvier, 2004, p 218.

---

66. D - Laringotraqueite viral é o quadro clínico compatível e o mais prevalente. Afasta supraglotite a ausência de toxemia e quadro insidioso. Aspiração de corpo estranho é menos provável pela presença de febre e não ter instalação súbita e assimetria na ausculta. Bronquiolite apresenta comprometimento de via aérea inferior em lactentes, em geral abaixo de 1 ano, e com presença de sibilos e tempo de expiração prolongado.

- Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 18ª edição. WB Saunders, 2009.

- Riccetto AGL & Zambon MP. Manual de Urgências e Emergências Pediátricas. Revinter, 2005.

---

67. C - Pela idade da criança e tempo de doença, afasta-se o diagnóstico de sinusite bacteriana, sendo a Síndrome gripal a primeira hipótese. Não se justifica a realização de RX de seios da face e tratamento com antibiótico, mesmo que a radiografia esteja alterada.

- Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 18ª edição. WB Saunders, 2009.

- Brasil – Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento de Influenza 2013. Disponivel:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/20/protocolo_influenza_ago13_web.pdf

---

68. B - A literatura traz evidências sobre a associação da maior chance de uma criança ter asma sendo seus pais asmáticos ou atópicos. Considerando a prevalência dessa patologia na infância, é importante que se valorize uma boa anamnese para que se possa fazer desde o início um bom raciocínio clínico e boas condutas terapêuticas, já que o diagnóstico diferencial é extenso.

- Dela Bianca AC et al. Lactente sibilante: prevalência e fatores de risco. Rev. Bras. Alerg. Imunopatol., 33(2), 2010

69. A - Pela clínica, epidemiologia e resultados laboratoriais do liquor trata-se de meningite bacteriana e criança de 2 meses a 5 anos. No período neonatal e em lactentes até os dois meses de idade os principais agentes são as enterobactérias (*E. coli*, *Klebsiella* sp, *Enterobacter* sp), o estreptococo beta-hemolítico do grupo B (*S. agalactiae)* e *Listeria monocytogenes*. Nas crianças de dois meses a cinco anos de idade predominam *N. meningitidis*, *H. influenzae* tipo b e *S. pneumonia.* Estas ultimas 3 bactérias apresentam auto potencial neurotrópico com grande capacidade de evasão dos mecanismos de defesa do organismo (IgA secretora normal, batimento ciliar, sistema de complemento, etc) e alta capacidade de adesividade no SNC através dos *pilli* bacterianos. A cápsula polissacarídica, comum às 3 bactérias, é um dos principais fatores de virulência. O conhecimento epidemiológico sobre a etiologia das meningites bacterianas, principalmente quando a bacterioscopia do líquor dá negativa, é fundamental para o início de antibioticoterapia empírica.

LCR	Meningites	
	Bacterianas	Virais
Células (por mm^3)	Aumentadas - 10 a 20.000	Aumentadas < 2.000
	Predomínio de neutrófilos	Predomínio de linfócitos
Glicose	< 30 mg/dL	Normal
Proteinas	Aumentadas	Normal ou levemente aumentada

- Baldacci ER. Meningite Bacteriana. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica - Tomo II. 9ª Edição. Sarvier, 2004, p220-225.

- São Paulo – Secretaria da Saúde do Estado. Boletim Epidemiológico Paulista.

http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa17_meni.htm

Brasil - Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica/Meningite. Disponível em:

http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Vigilancia_Epidemiologica/meningite2.htm

70. C - Crianças em contato recente com pacientes que tenham tuberculose bacilífera e que apresentem PPD $\geq$ 5mm quando vacinadas com BCG há mais de 2 anos, assintomáticas e com radiografia de tórax normal, devem receber o tratamento para tuberculose latente com isoniazida 5 a 10 mg/kg/dia por 6 meses para evitar o adoecimento.

- Prado, Ramos & Valle. Atualização Terapêutica: Diagnóstico e Tratamento. 2012/2013, p1653-6.

71. B - A questão aborda a avaliação do conhecimento de doenças da cavidade oral, no caso a cárie, reconhecida como patologia que pode levar a repercussões significativas em outros sistemas, fazendo parte do cuidado médico. A fisiopatologia da cárie associa o fator dieta, que quanto mais rica em carboidratos é mais cariogênica, o que não acontece com as outras macromoléculas orgânicas (gorduras e proteínas) e a flora microbiana. As bactérias aeróbicas que fazem o metabolismo da glicose, acidificando a superfície, especialmente por produção de ácido lático, promovem uma desmineralização dos tecidos dentais (esmalte, dentina ou cemento).

- American Academy of Pediatrics. Preventive oral health intervencion of Pediatricians, Section on Pediatric Dentistry and Oral Health: Pediatrics, 122:1387-1394, 2008.

72. A - A definição de hepatomegalia depende de curvas específicas de acordo com a idade e a projeção abaixo do rebordo costal direito é falha e muito variável. O baço abaixo do rebordo costal esquerdo pode aparecer em diversas situações e ser normal como por exemplo em doenças pulmonares e, em crianças sem morbidade, 5 a 10% pode ser palpável poucos centímetros abaixo do rebordo costal esquerdo sem significar esplenomegalia; o formato do abdômen varia com a faixa etária sendo que em lactente é ligeiramente globoso. Quando as ondas peristálticas são visíveis indicam obstrução em algum ponto do tubo gastrintestinal.

– Santana, Kipper & Fiore. Semiologia Pediátrica. Capítulo14 - Exame do abdômen, Artmed, 2003, p125-133.

73. C - Trata-se de uma criança com idade entre 4 e 16 anos de idade que apresenta dores abdominais episódicas que interferem com as suas atividades habituais, porém sem evidência de condições patológicas tais como processos metabólicos, anatômicos, infecciosos, inflamatórios ou neoplásicos. Além disso, não há sinais de alarme* na história e/ou exame físico, estando este último completamente normal. Tais casos são agora denominados como síndrome da dor abdominal funcional da infância (antigamente chamado de “dor abdominal recorrente”). Para tais situações, a tranquilização dos pais e o acompanhamento da evolução do quadro é a mais adequada e importante conduta para o caso. *Sinais de alarme: Dor que acorda a criança à noite; Dor persistente no quadrante superior direito ou no quadrante inferior direito do abdômen; Vômito abundante (em especial, o de conteúdo bilioso); Febre inexplicada; Sintomas do trato gênitourinário; Disfagia; Diarréia grave crônica e/ou diarréia noturna; Enterorragia ou melena; Perda de peso involuntária; Desaceleração do crescimento; Atraso da puberdade; História familiar de doença inflamatória intestinal, doença celíaca, doença ulcerosa péptica.

- Kliegamn RM, Stanton BF, Schor NF, Joseph W, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th Edition. Philadelphia, Saunders/Elsevier, 2011.

74. D - O quadro clínico indica comprometimento sistêmico, com queda de estado geral e vômitos, compatível com pielonefrite e necessidade de antibioticoterapia endovenosa. O exame de urina infeccioso corrobora o diagnóstico, pela leucocituria e nitritos positivo.

- Yamamoto RM & Campos Jr D. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. Capitulo de Infecção do Trato Urinário. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2006.

75. C - Artrite é a manifestação mais frequente da febre reumática (FR) e é caracterizada por inflamação de grandes articulações (joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos), com padrão migratório (duração de 1 a 5 dias em uma articulação, com melhora total e acometimento de outra articulação), fugaz e de curso autolimitado. A dor é intensa, impedindo a deambulação. Entretanto, é a cardite (segunda manifestação mais frequente) que é decisiva para o prognóstico do paciente e pode deixar sequelas. A ausculta periódica durante a fase aguda da febre reumática, leva à detecção precoce de sopros cardíacos patológicos que refletem uma cardiopatia detectada no ecocardiograma.

- Hilário MO & Terreri MT. Rheumatic fever and post-streptococcal arthritis. Best Prac & Research Clinl Rheumatol,16:481-94,2002.

- Mota CC, Tanaka AC, Cavalcante CL et al. II Consenso sobre prevenção da febre reumática da Sociedade Brasileira de Pediatria. Correios da SBP,10:9-14,2004.

- Dajani AS, Ayoub E, Bierman FZ. Special writing group of the committee on rheumatic fever, endocarditis and Kawasaki disease of the council on cardiovascular disease in the Young of the American Heart Association. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever – Jones criteria, 1992 updade. JAMA,268:2069-73,1992.

---

76. B - A virilização de genitália externa feminina indica atividade androgênica que, nesta faixa etária, é condizente com tumor de supra-renal devido o início há 6 meses.

- Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 18ª edição. WB Saunders, 2009.

- Marcondes E et al. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 2002, p.61-96.

---

77. D - A conduta expectante deve ser tomada em virtude de que a adolescente iniciou o processo de puberdade em época normal, ou seja, a telarca pode ocorrer entre 8 e 13 anos de idade. Como o estadiamento de Tanner aponta M3P2, essa garota deve ter a menarca dentro de seis meses a um ano, aproximadamente, o que também configura um período normal (menarca pode ocorrer entre 9 e 16 anos de idade).

- Coates V, Beznos GW & Françoso LA Medicina do Adolescente. Editora Sarvier, São Paulo, 2ª edição. 2003.

---

78. C - A vacina SRC (sarampo, rubéola, caxumba) é constituída de vírus vivo atenuado assim como a febre amarela. A BCG é constituída por bactéria atenuada, portanto também não deve ser aplicada em pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida ou outras situações citadas no enunciado da pergunta. As vacinas que contêm vírus ou bactérias atenuadas podem levar a proliferação do microrganismo atenuado no paciente imunodeprimido, com consequente aparecimento de doença que se deseja prevenir.

- Pickering LK. Immunization in special clinical circunstancies. American Academy of Pediatrics, 2006.

- Farhat CK, Wechx LY, Carvalho LHFR, Succi RCM. Imunizações, Fundamentos e Práticas. 5ª edição, 2008.

79. A - A parada cardíaca em crianças em geral acontece em decorrência de hipoxemia, e em geral o ritmo é a assistolia. Neste caso, o afogamento fornece a evidência de hipoxemia. Como há outras pessoas no cenário, é adequado pedir a uma delas que ligue para o socorro (192), enquanto o socorrista deve imediatamente iniciar manobras de ressuscitação cardiorrespiratória usando a regra CAB (circulação, via aérea, respiração). Como o socorrista irá atuar sozinho, a proporção entre compressões torácicas e ventilações deve ser de 30:2. Não é adequado transportar a criança em parada cardíaca. Ainda que seja importante, a presença do desfibrilador externo automático no cenário não é a maior prioridade, principalmente se implicar no abandono da vítima.

- American Heart Association. PALS - Pediatric Advanced Life Support - Provider Manual. 2010.

---

80. C - Cuidado com o vulnerável. A Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011 - pag 379, “define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde”. Na relação no Anexo I tem-se: 45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violência. Cumpre-se também o estabelecido no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA - Lei Federal 8.069/90), uma vez que a todo profissional é obrigatória a notificação de abuso sexual contra criança ou adolescente. Cumpriu determinação da Constituição Federal (art 227) que trata dos direitos à vida e ao bem-estar de crianças e adolescentes. Atuou de acordo com o Código de Ética Médica.

- Porto D, Garrafa V, Martins GZ & Barbosa SN. Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Catedra da Unesco de Bioética e SBB, 2012.

---

81. B - A deficiência de ferro é a principal causa de anemia na gestação. Os depósitos de ferro são reduzidos durante a gravidez em decorrência de uma maior demanda para suprir o aumento da hemoglobina circulante e o desenvolvimento fetal. Diante do diagnóstico de anemia leve (Hb entre 8 e 11 g/dL) prescrever sulfato ferroso em dose terapêutica (120-240 mg de ferro elementar/dia). A hemodiluição decorrente da gestação, fisiológica, ocorre a partir do segundo trimestre, no entanto, não há microcitose e hipocromia. Talassemia também cursa com anemia microcítica hipocromica, mas não ocorre em negras. Se a paciente fosse branca, deveria ser informado o valor da ferritina para diagnóstico diferencial.

– Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico -Gestação de Alto Risco, 2012

---

82. C - O antecedente obstétrico de 2 cesáreas prévias associado a história de sangramento no 3º trimestre, apresentação anômala, ausência de contração e boa vitalidade fetal impõe a suspeita de placenta prévia e os procedimentos como toque vaginal e amnioscopia estão contra-indicados, porque podem desencadear hemorragia volumosa. O exame especular se impõe para visualizar a origem do sangramento e descartar sangramento de origem vaginal e da ectocérvice. Visibilizado o sangramento através do canal cervical, o diagnóstico de placenta prévia deverá ser confirmado por ultrassonografia obstétrica, por vias abdominal e transvaginal. A via transvaginal é fundamental nos casos de placenta prévia de inserção na parede uterina posterior, pois nesta situação, a borda placentária nem sempre é visilbilizada adequadamente pela via abdominal. A cardiotocografia (CTG) não é um exame para diagnóstico dessa patologia.

- Williams. Obstetrícia. Guanabara Koogan, 22ª Edição, 2005.

- Neme B. Obstetrícia Básica. 3ª edição - Sarvier, 2005.

83. B - Como a paciente está assintomática os diagnósticos de cistite ou pielonefrite estão descartados. A urocultura é positiva por isso o diagnóstico é de bacteriúria assintomática e o tratamento com antibioticoterapia se impõe. Não se trata de contaminação porque houve crescimento de uma única bactéria em número elevado de colônias.

- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério, 2010.

---

84. A - A gestante apresenta quadro clínico suspeito de crescimento fetal restrito e oligoâmnio, pois a altura uterina é menor que a esperada para a idade gestacional e palpa-se com facilidade as partes fetais. A Dopplervelocimetria é o exame indicado para avaliar a função placentária. Avalia o bem-estar fetal pela análise da resposta hemodinâmica fetal diante da hipóxia e também como se apresenta a função placentária nutricional.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5ª edição, 2012. p267-273.

---

85. C - O quadro apresentado é de pré-eclâmpsia grave e síndrome HELLP – Síndrome laboratorial definida por três sinais (H - Hemólise, EL - Enzimas hepáticas e LP - Baixa contagem de plaquetas). O quadro é caracterizado pelo nível pressórico (PAD ≥ 110 mmHg), cefaleia, escotomas, plaquetopenia e elevação de transaminases. A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizado nas seguintes situações: 1) Gestantes com eclampsia, 2) Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas, 3) Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação, 4) Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente). O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose. Dose do sulfato de magnésio: I) Dose de ataque – 4,0g (8,0 mL de sulfato de magnésio a 50% com 12 mL de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0 g (10 mL de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega. II) Dose de manutenção – 1,0g/hora (10 mL de sulfato de magnésio a 50% com 490 mL de solução glicosada a 5% a 100 mL/hora em bomba de infusão) ou 2,0 g/hora (20 mL de sulfato de magnésio a 50% com 480 mL de solução glicosada a 5% a 100 mL/ hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10 mL de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5ª edição, 2012.

86. D - Não há indicação para o uso do corticoide após a 34a semana. A profilaxia com penicilina cristalina está indicada pela prematuridade e desconhecimento da presença de estreptococo beta hemolítico no trato genital da gestante (rotineiramente investigado a partir da 35a semana). Não se usa a penicilina benzatina para profilaxia da estreptococcia. A indução imediata reduz a incidência de infecções materno-fetal.

- Williams. Obstetrícia. Guanabara Koogan, 22ª Edição, 2005.

- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério, 2010.

---

87. B - Trata-se de um traçado cardiotocográfico no qual podem ser identificadas desacelerações variáveis da frequência cardíaca fetal secundárias à compressão de cordão umbilical, muito frequentes durante o trabalho de parto, especialmente quando associado à redução do volume de liquido amniótico, como na corioamniorrexe ou oligohidrâmnio.

- Neme B. Obstetrícia Básica. 3ª edição - Sarvier, 2005.

- Zugaib M. Obstetrícia. 1ª edição - Manole, 2008.

---

88. A - A endometrite ocorre mais frequentemente por volta do 4º ao 5º dia pós-parto. Quadro clínico: hipertermia, lóquios purulentos e odor fétido (anaeróbio), útero amolecido e doloroso, aumentado de tamanho, colo permeável com saída de secreção purulenta. O tratamento consiste em antibioticoterapia. Complementar a propedêutica com ultrassonografia pélvica para avaliar presença de restos placentários em cavidade uterina. Não há sinais de comprometimento sistêmico da puérpera, tornando improvável o diagnóstico de tromboflebite pélvica.

- Rezende. Obstetrícia. 11ª edição, Guanabara Koogan. Capítulo 90, p 890-92, 2009.

---

89. B - É preconizado colher o VDRL no momento do parto independente da sorologia durante o pré natal e a titulação de 1:32 é alta caracterizando sífilis. Nesse caso, o RN deve ser infectado (sífilis congênita) e tratado com penicilina cristalina.

- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério, 2010.

---

90. C - Os dados da história clínica (corrimento vaginal amarelado, sinusorragia, uso de anticoncepcional oral combinado) e do exame físico (ausência de febre, exame abdominal normal, colo hiperemiado, sangrante ao toque, secreção mucopurulenta) indicam que origem do corrimento da paciente seja uma cervicite. A ausência de dor à palpação do abdome, da região anexial e a mobilização do colo útero falam contra comprometimento infecioso do trato genital superior (Doença Inflamatória Pélvica). Assim, a conduta mais adequada é instituir o tratamento para cervicite, com cobertura para clamídia e gonococo que são os principais agentes etiológicos envolvidos nesta condição.

- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 2010; vol. 59, 40-49.

91. D - Em casos de sangramento uterino anormal em pacientes com vida sexual ativa, ainda que informado o uso de método contraceptivo é sempre necessário excluir gestação. Os sangramentos regulares com alteração de duração e/ou volume são mais comumente associados a causas orgânicas, enquanto que os irregulares mais frequentemente são disfuncionais (secundário a distúrbios hormonais, inclusive tireoidopatias). Nos primeiros 2 anos após a menarca a causa mais frequente de sangramento irregular é a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, após este período deve-se investigar outras causas de anovulação crônica. Geralmente quando o sangramento aumentado ocorre já desde o primeiro sangramento e se repete deve-se sempre descartar coagulopatias, que podem se manifestar pela primeira vez durante um sangramento menstrual.

- Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women in reproductive age. International Journal of Gynecology and Obstetrics 113 (2011) 3–13

---

92. B - O teste da progesterona é simples e pode ser realizado para diagnóstico diferencial de amenorréia. A base do teste é a administração de progestogênio e quando da sua suspensão, a ocorrência de sangramento endometrial de privação. A resposta positiva (sangramento) indica de forma indireta níveis estrogênicos normais, assim como função gonadal e gonadotrófica presentes, embora não cíclica. Na gravidez, o endométrio estará decidualizado e não haverá sangramento de privação.

- FEBRASGO. Tratado de Ginecologia, 2000.

---

93. D - O uso de contraceptivos combinados (estrógeno e progestágeno) estão contra-indicados para pacientes acima de 35 anos e tabagistas > 15 cig/dia, pelo aumento do risco de tromboembolismo. A eficácia contraceptiva está diminuída para as pílulas combinadas e de progestogênio isolado devido ao uso da carbamazepina. O principal mecanismo de ação é a inibição da ovulação pelo bloqueio do pico de LH pelo progestágeno.

- Fritz MA & Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 8th edition. Ed: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

- FEBRASGO. Manual de Critérios de Eligibilidade da OMS para uso de métodos contraceptivos, 2010.

---

94. D - A questão tem como objetivo avaliar o conhecimento das regras de rastreamento do câncer de colo uterino vigentes no Brasil e a importância das ações preventivas no atendimento de adolescentes e adultos jovens, tais como: medidas de sexo seguro, uso de preservativos e manter anticoncepcional oral.

- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer de Colo de Útero no Brasil. 2013. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_utero.pdf

95. A - É imperioso que o diagnóstico de microinvasão seja feito em peça de conização do colo. Somente uma pequena biópsia, não consegue definir o grau de microinvasão ou invasão franca da lesão.

- FEBRASGO. Manual de Orientação Ginecologia Oncológica. 2010.

- Coelho FRG, Soares FA, Foch J, Fregnani JH, Zeferino LC, Villa LL, Federido MH, Novaes PE, Costa RL. Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd, 2008.

---

96. B - Os miomas são hormônio dependentes e diminuem de tamanho na menopausa. Os teratomas incidem mais no menacme. Na menopausa, presença de tumor anexial é sugestivo de tumor maligno de ovário.

- National Cancer Institute
http://seer.cancer.gov/faststst/ats/selections.php.

---

97. B - A biópsia de fragmento com o diagnóstico histológico de hiperplasia ductal atípica, pode estar subestimada, podendo tratar-se de Carcinoma ductal in situ em pelo menos 20% dos casos ou mesmo carcinoma invasor. Assim, recomenda-se a ressecção da área.

- Harris JR, Lippman ME, Morrow M & Osborne CK. Diseases of the breast. Capítulo 16, 4 edição, p201 e 202, 2009.

---

98. C - A paciente apresenta sintomas vasomotores (a maior indicação para reposição estrogênica), e não tem fator impeditivo à sua administração (câncer de mama, histórico pessoal de trombose venosa, sangramento uterino anormal, hipertensão arterial descontrolada, diabetes descontrolado, etc). O uso de estrogênio obriga o uso de progestogênio para proteção endometrial.

- Hopkins J, Joseph Hurt K. et al. Manual de ginecologia e obstetrícia. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012.

---

99. D - A paciente apresenta quadro clinico compatível com incontinência urinária de esforço (perda urinária aos esforços, ausência de urgência e incontinência de urgência). O estudo urodinâmico exclue hipótese de bexiga hiperativa devido a ausência de contrações involuntárias do detrusor. Na incontinência urinária mista, além da cistometria alterada haveria contrações involuntárias do detrusor.

- Bent AE et al. Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico. 5ª edição. Guanabara Koogan, 2006.

---

100. A - A legislação brasileira considera legal o abortamento em casos de estupro e para salvaguardar a vida materna. Para caracterizar o estupro, é considerado suficiente a informação verbal prestada pela paciente. A equipe deverá correlacionar a idade gestacional com o histórico de violência, sendo desnecessária a apresentação de laudo, boletim ocorrência ou autorização judicial.

- Brasil. Ministério da Sáude. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 3a ed. Brasília: 2010.

101. C - Parestesia perioral, zumbido auditivo e sensação de astenia, são sintomas clássicos de toxicidade sistêmica do anestésico local, causada por dose excessiva ou infusão da medicação em vaso sanguíneo. A conduta correta é interromper a infiltração da solução anestésica e observação rigorosa do paciente, para eventual agravamento dos sintomas, ou outros, como crise convulsiva e parada cardíaca.

- Manica J. Anestesiologia: Princípios e Técnicas. 3ª Ed. Artes Medica, 2004.

- Carneiro AF, Valverde Filho J, Auler Junior JOC, Imbello LE. Anestesia Regional - Princípios e Prática. Manole, 2010

---

102. B - Mesmo após 6 horas do ferimento, este deve ser tratado com limpeza vigorosa, debridamento, reavivamento de bordas e sutura. A antibioticoterapia só deve ser instituída, após o procedimento, se na evolução do processo de cicatrização aparecer sinais de infecção.

- Tazima MFGS, Mandarano Filho LG, Vicente YAMVA, Pillegi FO. Protocolo Clínico e de Regulação para Ferimentos Traumáticos de Pele e Subcutâneo. In Protocolos Clínicos e de Regulação – Acesso a Rede de Saúde. Santos JS et al. Ed. Elsevier. Cap. 36, p: 425-439, 2012.

---

103. A - Frente a uma queimadura, que pelas características descritas é de segundo grau, o melhor tratamento proposto é a limpeza da ferida, debridamento e curativo oclusivo. Na alternativa que está proposto escarotomia tangencial essa é uma indicação para queimaduras de terceiro grau da mesma forma que a enxertia precoce está indicada em queimaduras de espessura total (terceiro grau). Não devemos fazer uso profilático de antibióticos nos queimados.

- Weinzweig J. Plastic Surgery Secrets Plus - Cap 9: Burns. 2nd Edition. Mosby, 2010.

---

104. C - Deve-se instituir inicialmente o tratamento medicamentoso com inibidor da bomba de prótons e pró-cinéticos, além de orientar a suspensão do tabagismo, a perda de peso, diminuir consumo de café, evitar grandes refeições antes de se deitar e elevar a cabeceira da cama. Não há indicação de procedimento cirúrgico nesse momento.

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston - Tratado de Cirurgia. 17a Edição, Elsevier, 2005. Capítulos 39 e 40 – Esôfago, Hérnia de Hiato e Doença do Refluxo Gastroesofágico.

---

105. B - A obstrução da saída gástrica induz a vômitos não biliosos prolongados e leva à drenagem elevada de suco gástrico, com perda de ácido clorídrico e desenvolvimento de alcalose metabólica hipocalêmica e hipoclorêmica. A perda sustentada do líquido gástrico resulta em uma perda final de água, ácido (HCl) e cloro (HCl e KCl) levando a esse distúrbio metabólico (alcalose metabólica, hipocalêmica e hipoclorêmica).

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston -Tratado de Cirurgia. 17a Edição, Elsevier, 2005.

---

106. D - O paciente com úlcera duodenal perfurada apresenta forte dor abdominal, que piora com a movimentação, de forma que o paciente procura manter-se imóvel e adota posição antálgica, frequentemente acompanhada de febre e desidratação. O exame abdominal revela dor intensa à palpação, rigidez e sinal de rebote. Uma das características da perfuração é a demonstração de ar livre abaixo do diafragma em radiografia de tórax na posição ereta. Uma vez que se tenha feito o diagnóstico, a cirurgia deve ser realizada de maneira urgente após hidratação apropriada com líquidos.

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston - Tratado de Cirurgia. 17a Edição, Elsevier, 2005.

107. C - No caso acima a hipótese é obstrução intestinal mecânica, pelo quadro clínico apresentado, cuja causa etiológica mais frequente são “bridas” ou aderências, decorrentes de laparotomias anteriores. Na questão acima, a história de histerectomia prévia reforça esta alternativa.

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston -Tratado de Cirurgia. 17a Edição, Elsevier, 2005.

---

108. D - O APACHE 2 é um sistema médico de classificação que determina os índices de gravidade de um paciente hospitalizado, utilizado principalmente em unidades de terapia intensiva. Recomendado pelo Ministério da Saúde, o índice é calculado a partir da soma de 12 critérios clínicos, fisiológicos e laboratoriais que determinam a criticidade do quadro do paciente e o risco de óbito nas suas primeiras 24 horas de UTI. O monitoramento dessas taxas promove maior resolutividade no atendimento intensivo e credita o Hospital com a garantia de prognósticos mais efetivos. Quanto menor o valor, menor a gravidade e menor a probabilidade de óbito. Paciente apresenta quadro clínico de abdômen agudo associado à icterícia. Os exames laboratoriais são sugestivos de pancreatite aguda por litíase do trato biliar. O tratamento inicial é clínico.

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston -Tratado de Cirurgia. 17a Edição, Elsevier, 2005. pag1648-57.

- Petrov MS et al. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus conservative management in acute biliary pancreatitis without cholangitis:a meta-analysis of randomized trials. Ann Surg 2008; 247:250-257.

- Santos et al. Conservative management of cholestasis with and without fever in acute biliary pancreatitis. World J Gastrointest Surg 2012; 27; 4(3): 55-61.

- Apache II –

http://www.medicinaintensiva.com.br/ApacheScore.htmm

---

109. B - O exame proctológico que abrange a inspeção, o toque retal e a anorretoscopia faz parte do primeiro atendimento aos pacientes com suspeita de lesão anorretal. Exame simples e acessível que pode fazer o diagnóstico das neoplasias anorretais já no primeiro atendimento.

- Rocha JJR. Coloproctologia – Príncipios e Práticas. 2ª edição, Ed. Atheneu, 2011.

---

110. A - A torção testicular é afecção de início súbito, dolorosa, que se acompanha de sinais inflamatórios locais. Hidrocele consiste no aumento do volume líquido na túnica vaginal que envolve o testículo, é de caráter progressivo e não dolorosa. Epidídimo-orquite pode ocorrer em razão de: vírus como o da caxumba, infecções transmitidas sexualmente como gonorreia e clamídia, bactérias como Escherichia coli, ou traumatismo escrotal. O paciente que apresenta a orquite aguda sente febre, dor local, que se irradia para a virilha, e inchaço do saco escrotal, com uma sensação de peso, seguida às vezes por descamação da pele. A torção testicular extravaginal é mais comum em recém-nascidos e a intravaginal nos adolescentes, que levam a estrangulamento da irrigação para o testículo. Os sinais e sintomas são de início agudo de dor testicular e edema. É uma emergência urológica, cujo tratamento é cirúrgico, para garantir a viabilidade do testículo.

- Docimo SG, Canning DA, Khoury AE. Clinical Pediatric Urology. 5ª edição, 2007, pag 1271.

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston -Tratado de Cirurgia. Capítulo 76 – Cirurgia Urológica, 17a Edição, Elsevier, 2005.

111. C - A hiperplasia prostática benigna é doença de manifestação progressiva, com piora lenta e evolutiva do padrão miccional do paciente. Ocorre em homens, geralmente a partir da 5ª ou 6ª década de vida, e manifesta-se por jato urinário fraco com gotejamento final. Devido à hiperatividade do detrusor o paciente passa a apresentar episódios de urgência ou urge-incontinência e noctúria. A manifestação clássica da neoplasia vesical é a hematúria indolor. A estenose de uretra está frequentemente associada a antecedentes de DST, traumas locais ou cateterismo realizado de forma inadequada. A manifestação mais comum associada à litíase vesical é a interrupção aguda do jato urinário, além de infecções urinárias.

- Tanagho E & McAninch JW. Smith's General Urology. 17ª edição, 2008, cap. 22.

---

112. D - Esse paciente apresenta alguns fatores de risco importantes para o desenvolvimento de trombose venosa profunda de membros inferiores, como idade acima de 40 anos, trauma, procedimento cirúrgico e imobilização no leito. Outro fator importante, que não é mencionado é o tempo de operação. Além disso, apresenta quadro clínico característico de TPV de membros inferiores (dor em panturrilha e edema), também devemos lembrar outros sinais como aumento da consistência muscular, dor à palpação muscular e dor à dorsoflexão do pé. Ele também apresenta sintomas característicos de tromboembolismo pulmonar como a dispneia, que tem início súbito, associada a dor pleurítica, ventilatória dependente e tosse. Esses sinais e sintomas de embolia pulmonar devem ser considerados na presença de fatores de risco para TVP, como neoplasia, imobilidade e pós-operatório, ou na presença de sinais e sintomas de TVP de membros inferiores.

- Maffei FHA et al. Doenças vasculares periféricas, 4ª edição, 2008, p 1597-1611.

- Goldman L & Bennett C. Cecil: Tratado de medicina interna. 23ª edição, Guanabara Koogan, 2008, p 798-807.

---

113. A - O quadro clínico é de infecção amigdaliana bacteriana. De acordo com os critérios clínicos são sinais de infecção bacteriana: ausência de coriza, de tosse e de conjuntivite, associado à adenomegalia, início súbito de sintomas localizados em faringe e sinais de hiperemia, placas de pus e petéquias em palato. Todos esses fatores dizem contra amigdalite viral. Ainda, a prostração, o trismo e o abaulamente em pilar anterior indicam complicação da amigdalite bacteriana, com abscesso periamigdaliano. O tratamento para casos leves até pode ser com antibioticoterapia oral, mas o caso mostra um paciente já prostrado, com limitação importante da abertura bucal, portanto o mais indicado seria drenagem cirúrgica associada antibioticoterapia intravenosa.

- Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL & Braunwald E. Harrison – Medicina Interna. Complicações das infecções das vias aéreas superiores. 16ª Edição. McGraw Hill, 2006.

114. B - Doente com trauma de face e com sinais de insuficiência respiratória que precisa de uma via aérea definitiva. Como não conseguiu fazer intubação orotraqueal, a cricotireoidostomia é a opção correta. Consiste no acesso cirúrgico das vias aéreas através da membrana cricotireóidea. Seu maior uso é no acesso emergencial das vias aéreas, particularmente no paciente politraumatizado com lesões maxilofaciais graves, onde a intubação translaríngea não foi possível ou é contra-indicada. Nestas situações, a cricotireoidostomia é muito útil, pois permite o acesso rápido e seguro às vias aéreas. Não deve ser utilizada eletivamente para acesso prolongado das vias aéreas e também não deve ser utilizada no grupo pediátrico. Toda cricotireoidostomia deve ser convertida para uma traqueostomia formal dentro de 24h a 72h. Traqueostomia de urgência apresenta riscos de complicações 5 vezes maior em relação à traqueostomia eletiva e só é feita quando a cricotireoidostomia não é possível, como em crianças abaixo de 10 anos.

- American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS®) Student Manual. Chicago, 2009.

---

115. C - Paciente com pneumotórax mais comumente se apresenta com dor torácica, frequentemente aguda e pleurítica e pode levar a um grave desconforto respiratório persistente. A dispneia é o segundo sintoma mais comum. Sintomas menos comuns são a tosse improdutiva e ortopneia. O exame físico descrito acima (redução da expansibilidade torácica com diminuição do frêmito tóraco-vocal, hiper-sonoridade à percussão de tórax e diminuição acentuada do murmúrio vesicular) é característico de pneumotórax. A radiografia de tórax póstero-anterior padrão mostraria deslocamento da pleura visceral da parietal pelo ar no espaço pleural.

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston -Tratado de Cirurgia. 17a Edição, Elsevier, 2005.

---

116. B - Todas as alternativas são hemorragias intracranianas que podem ocorrer após traumatismo craniencefálico. A resposta correta é baseada na história clínica característica de piora neurológica algumas horas após o trauma (intervalo lúcido), com sinais clínicos de compressão do tronco cerebral, confirmada pela presença de fratura parieto-occipital direita na tomografia computadorizada (janela óssea) e por imagem de lesão extracerebral hiperdensa na convexidade parieto-occipital direita na tomografia (imagem de lente biconvexa), sugestiva de sangramento recente no espaço extradural.

- Carlotti Jr CG, Boullosa JLR, Dias LAA, Oliveira RS, Colli BO. Traumatismos craniencefálicos. In: Tópicos de neurocirurgia para graduação. 2000.

- Greenberg MS. Manual de neurocirurgia. 7ª Edição. Artmed, 2012.

---

117. A - Os traumatismos da coluna cervical com lesão da medula cervical com frequência dão alterações respiratórias por comprometimento dos centros respiratórios e instabilidade da pressão arterial com hipotensão e choque circulatório causados por alteração dos mecanismos vasomotores dos membros inferiores.

- Boullosa JLR, Dias LAA, Carlotti Jr. CG, Colli BO. Traumatismos raquimedulares. In: Tópicos de neurocirurgia para graduação. 2000.

- Greenberg MS. Manual de neurocirurgia. 7ª Edição. Artmed, 2012.

118. D - A questão é importante pelo conhecimento do risco de síndrome de compartimento associado à imobilização gessada. O tratamento deve ser imediato devido o risco de necrose e amputação.

- Sizínio H ET al. Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática. 4ª edição. Artmed, 2008.

119. B - No atendimento ao paciente oncológico, a dor deve receber a máxima atenção. A Organização Mundial da Saúde estabeleceu uma escada analgésica para orientar a escolha do medicamento para dor, conforme tabela abaixo:

Degrau	Intensidade da Dor	Categoria	Protótipo	Substitutos
1	Leve a moderada	Não opiáceo	AAS	AINE's / Paracetamol
2	Moderada	Opioide fraco	Codeína	Tramadol
3	Intensa	Opioide forte	Morfina	Metadona/ Fentanil/Oxicodona

Os princípios da Escada Analgésica são**: 1. Pela Escada** - *Para dores agudas:* usar a escada de forma descendente, ou seja, usar o terceiro ou segundo degrau nos primeiros dias de hospitalização ou após cirurgias/procedimentos dolorosos de acordo e as escalas de mensuração de dor e associados a técnicas de analgesia ou anestesia regional em princípios de analgesia multimodal. Nos dias subseqüentes ao trauma tecidual, descer a escada analgésica. *Para dores crônicas:* Inicia-se pelo primeiro degrau para dores fracas. Quando não ocorre alívio da dor, adiciona-se um opioide fraco para a dor de intensidade leve a moderada (segundo degrau). Quando esta combinação é insuficiente deve-se substituir este opioide fraco por um opioide forte. Somente um medicamento de cada categoria deve ser usado por vez. Os medicamentos adjuvantes devem ser associados em todos os degraus da escada, de acordo com as indicações específicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, bifosfonados, corticosteróides, etc.). **2. Via Oral**: Os analgésicos devem ser administrados de preferência pela via oral. Vias de administração alternativas como retal, transdérmica ou parenteral podem ser úteis em pacientes com disfagia, vômitos incoercíveis ou obstrução intestinal. **3. Intervalos Fixos:** Os analgésicos devem ser administrados a intervalos regulares de tempo. A dose subsequente precisa ser administrada antes que o efeito da dose anterior tenha terminado. A dose do analgésico precisa ser condicionada à dor do paciente, ou seja, inicia-se com doses pequenas, sendo progressivamente aumentada até que ele receba alívio completo, ou seja, titulação da dose opióide. No caso da pergunta a paciente apresenta dor óssea intensa, portanto existe indicação para uso de opioide forte, como a morfina.

- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf

120. A - A regulamentação da Publicidade Médica determina que o médico poderá anunciar somente as especialidades que realmente possua e que estejam registradas no CRM, com seu respectivo Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Este, por sua vez, somente será efetivado se a especialidade for reconhecida pelo Conselho Federal Medicina, de acordo com a Resolução CFM 1634/2002. No caso abordado, Medicina Estética não é uma especialidade médica, motivo pelo qual não poderá ser anunciada pelo médico. Por fim, a publicidade médica é limitada em 2 especialidades e 2 áreas de atuação, conforme Decreto-Lei 4.113/1942.

- Resolução CFM 1634/2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

- Resolução CFM 1974/2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

- Manual de Publicidade Médica – Conselho Federal de Medicina, 2011.